

CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN
VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST VOOR VOLWASSENEN (vanaf 12 jaar)

S.V.P. met rood invullen

Naam:
 Voorletters:M/V/Ander
 Roepnaam:
 Meisjesnaam:
 Geboortedatum:
 Adres:
 Postcode:
 Woonplaats:
 Telefoon privé:
 Telefoon werk:
 Telefoon mobiel:
 E-mail-adres:

Aantal kinderen:
 Beroep:
 Werkt u momenteel: ja/nee
 Hobby's/Sport:
 Hoe heeft u bij ons gevonden?:
 Huisarts:
 Gevestigd te:

Mogen wij uw huisarts informeren? JA / NEE
 (doorhalen wat niet van toepassing is)

Wat is/zijn uw klacht(en):

.....

Wanneer is/zijn de klacht(en) voor het eerst begonnen:

.....

Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht(en):

.....

Hoe is de klacht ontstaan:

- Geleidelijk
- Plotseling

Is de klacht:

- Wisselend aanwezig
- Constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar:

- Arm L/R
- Been L/R

Wordt het erger met:

- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Het hoofd draaien
- Beweging
- Hoesten / niezen / persen
- Andere activiteiten/houdingen:

Neemt het af met:

- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Beweging
- Andere activiteiten/houdingen:

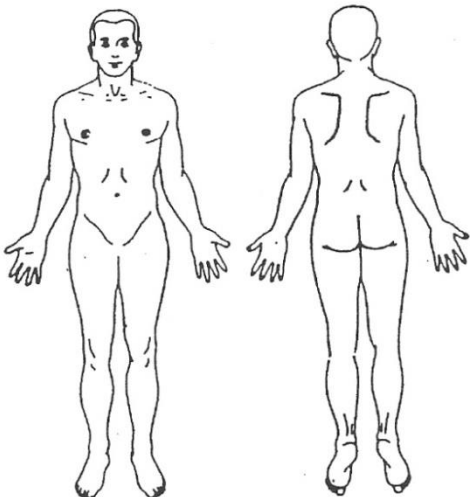
Van 1 (licht) tot 10 (zeer hevig), hoe hevig is de pijn?.....

Deskundigen:

Bent u voor deze klacht onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor
- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Cesar/Mensendieck
- Manueel therapeut
- Osteopaat
- Podotherapeut
- Neuroloog
- Revalidatiearts
- Reumatoloog
- Acupuncturist
- Chirurg
- Pijnteam
- Homeopathisch arts
- Orthopeed
- Psycholoog
- Alternatief genezer
- Andere specialisten:

Geef op de tekening aan waar u de klacht voelt: Spier- en gewrichtsklachten



| | Nu | Verleden | | Nu | Verleden |
|------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Elleboog L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tussen schouders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hand L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lage rug | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pols L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Staartbeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vinger L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lies L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ribben L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heup L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewrichtsonsteking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Been L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gezwellen gewrichten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knie L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voet of hiel L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kaakpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spierverzwakking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schouder L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gevoelstoornissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arm L/R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Algemene klachten: | Nu Verleden | Ademhaling | Nu Verleden | Hart en Bloedvaten | Nu Verleden |
| Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hyperventilatie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hartproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Migraine | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Zweetuitbarsting | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Beroerte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Duizeligheid: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Astma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ik draai | | Bronchitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> De omgeving draait | | Longontsteking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Spataderen L/R | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Flauwvallen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Emfyseem | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hartslag: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Woede-aanvallen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hooikoorts | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Onregelmatig | |
| Slaapstoornissen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pijn in de borst | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Versneld | |
| Concentratieproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ophoesten van bloed | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vertraagd | |
| Geheugenproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ophoesten van slijm | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Blauwe plekken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Angsten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Chronische hoest | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Vermoeidheid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Kortademig | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Koude voeten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Zenuwachtigheid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Piepende ademhaling | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Koude handen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Allergieën | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Andere: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Gezwellen enkels | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Depressies | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | Gezwellen handen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Aangezichtspijn L/R | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Aandoeningen | Nu Verleden | Aderverkalking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Slechte eetlust | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ogen | |
| Voorhoofdholte- | | Alcoholisme | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nu Verleden | |
| Bijholteontsteking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Reuma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Kramp | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tuberculose | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Zicht: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Beven: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Suikerziekte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wazig | |
| <input type="checkbox"/> In rust | | Ziekte van Pfeiffer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vlekken | |
| <input type="checkbox"/> In bewegen | | Epilepsie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dubbel zien | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Maag en Ingewanden | Nu Verleden | Kanker | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Lichtgevoelig | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Maagpijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Multiple sclerose | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Andere:..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Maagzuur | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hersenvliesontsteking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Oren: | |
| Maagzweer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Schildklierafwijking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nu Verleden | |
| Maagbreuk | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Polio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Verteringsproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Andere:..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Fluiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Veel dorst/honger | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Huid | Nu Verleden | Gehoor verminderd | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Galproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Droge huid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tinnitus/geluid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Leverproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Jeuk | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ruis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Gele huid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Uitslag/eczem | | Andere: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Constipatie/moeilijke stoelgang | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Makkelijk blauwe plekken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Diarree | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Andere: | | Neus en Sinussen | |
| Overgeven/braken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Vrouwen | Nu Verleden | Nu Verleden | |
| Aambeien | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Menstratiekrampen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Winderigheid/gas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Rugpijn tijdens menstruatie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Slijm | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Buikpijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Onregelmatige menstruatie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Bloeden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Blindedarmontsteking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Overmatig bloedverlies | | Geurverlies | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Andere: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Bent u mogelijk zwanger?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Verstopt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Genito-Urinair | Nu Verleden | Overgangsproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Andere: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Blaas / | | Andere:..... | | Mond en Keel | |
| waterwegproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Slaapt u op de: | | Nu Verleden | |
| Nierontsteking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rug | | Pijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Prostaatproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zij | | Gezwellen klieren | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Ongecontroleerd urineverlies | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Buik | | Gebit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Moeilijk plassen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wisselend | | Heesheid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Bloed in urine | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hoe oud is uw matras? | | Pijn /moeite met slikken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Andere: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | Smaak veranderd | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Gebruikt u: | Nu Verleden | Is uw matras comfortabel? | | Tandenknarst overdag en/of 's nachts | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Steunzolen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | | Vermoeid gevoel in de kaken 's ochtends | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Hakverhoging L/R | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | Andere:..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Andere: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |

Onderstaand s.v.p. zo uitgebreid mogelijk invullen. Graag ook die zaken die geen relatie lijken te hebben met uw aanmeldingsklacht(en).

- Gewicht stabiel/verlies/toename* * Doorhalen wat niet van toepassing is
- Botbreuken (wanneer, welke).....
- Ziekenhuisopname (wanneer, waarvoor).....
- Operaties (wanneer, welke).....
- Ongevallen (wanneer, welke).....
- Mentale/psychische ziekten (welke).....
- Medicijnen die u neemt en waarvoor:
- Neemt u vitamine/mineralensupplementen? Zo ja Welke?
- Bent u in de afgelopen 10 dagen gevaccineerd? (Geldt voor alle vaccinaties, zoals voor reizen) Ja / Nee
- Zijn er ziektes die bij u in de familie voorkomen?
- Zijn er sociale omstandigheden die van belang kunnen zijn voor het ontstaan van de klachten of momenteel als stress ervaren kunnen worden?

| Datum van uw laatste testen | Korter dan 6 mnd | Tussen 6-18 mnd | Langer dan 18 mnd | Nog Nooit |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Urinetest: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röntgenfoto's | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRI /CT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bloedtest: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chiropractisch onderzoek: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hart onderzoek: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Gewoontes: | Veel | Normaal | Weinig | Geen |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eetlust: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koffie: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcohol: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lichaamsbeweging: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Slaap: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Roken: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Softdrugs: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Heeft u nog opmerkingen?

Handtekening:

Datum: